

CT/MRI検査申込書

湖東厚生病院 科 先生

紹介元医療機関の所在地

名称

紹介医師名

TEL

()

FAX

()

フリガナ		男・女	生年月日	大 昭 平 令		
受診者名	様			年	月	日
住 所	〒				職業	
	TEL ()					

検査	1) 単純CT	2) 造影CT	3) 単純MRI	4) 造影MRI
部位			特別指示	
検査希望日	第1	令和 年 月 日 ()	午前・午後	
	第2	令和 年 月 日 ()	午前・午後	

eGFR値 :	_____	検査日	_____
---------	-------	-----	-------

※ 保険証のコピーか貴院のカルテのコピー(保険情報のわかるもの)も合わせてFAXお願いします。

湖東厚生病院 地域医療連携室

〒018-1605 南秋田郡八郎潟町川崎字貝保98-1

直通FAX : 018-875-5421

TEL : 018-875-2100 (病院代表TEL)

FAX : 018-875-5269 (病院代表FAX)

病院使用欄

検査実施日	令和 年 月 日 ()	午前・午後
-------	--------------	-------

検査			レポート	
実施日	担当者	CD配布	プリント日	担当者
/			/	